CONCOURS D'AGRÉGATION. — 1897.

SECTION DE PATHOLOGIE INTERNE ET DE MÉDECINE LÉGALE

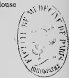
TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Du Dr Paul DAUNIC,

Chef des travaux à la Faculté de médecine de Toulouse
Médecin des Hôpitaux.



TOULOUSE
IMPRIMERIE PINEL, LARRIEU Sr
PLACE SAINT-GEORGES, 12.

1897

TITRES

Interne des Hôpitaux de Toulouse.
Préparateur d'Anatomie-pathologique (1889-92).
Chef du laboratoire des Cliniques (1893-96).
Chef des travaux d'Anatomie-pathologique (1897).
Médecin des Hôpitaux (concours 1896).
Membre de la Société de médecine de Toulouse.

Lauréat de la Faculté de Toulouse.
Prix de Travaux-pratiques (1890). Prix de Clinique (1891).
Prix de Thèse (1893).
Lauréat de la Société de médecine (Prix Gaussail 1894).
Admissible au Concours d'Agrégation (1895).

ENSEIGNEMENT

Conférences d'Anatomie-pathologique dans les services de Clinique médicale (1893-96).
Travaux pratiques d'Histologie normale (1895).
Travaux pratiques d'Anatomie-pathologique (1896).
Enseignement clinique pendant les vacances, dans le service de M. le Professeur Mossé.

PATHOLOGIE INTERNE

I. — Un cas de hoquet incoercible chez un tabètique. Effets d'inhibition par la compression du nerf phrénique.

(Gazette médico-chirurgicale de Toulouse).

Il s'agit d'un homme âgé de 54 ans qui, depuis une dizaine d'années, souffrait de crises de « *hoquet incoercible* ». Survenant sans cause appréciable, ces crises duraient de deux à trois heures, et se reproduisaient plusieurs fois par semaine. Nous les avons observées souvent : elles sont d'une grande intensité, le hoquet se reproduit de dix à douze fois par minute, subissant parfois une sorte d'accélération paroxystique, qui oppresse vivement le malade et ferait craindre une syncope.

Ce symptôme fut pendant longtemps le seul signe du tabès qui devait évoluer plus tard, et présenter au moment où le malade vint à l'hôpital, son complet développement.

Frappés par l'analogie de ces crises douloureuses de hoquet, avec les crises gastriques et laryngées, il nous parut naturel d'admettre que ce hoquet, d'origine bulbaire, ou dû peut-être à une altération périphérique du phrénique, était lié au développement du tabès ; nous songeâmes dès lors à décrire ce symptôme comme un signe de la période pré-ataxique de cette affection, au même titre que les douleurs fulgurantes, les vertiges, les arthropathies, les crises laryngées, etc.

Depuis, nous avons eu la bonne fortune d'observer deux nouveaux cas de hoquet : le premier, d'une durée de deux ans chez un neurasthénique présentant des signes de début du tabès et notamment des crises gastriques; le deuxième

datant seulement de vingt jours, chez un sujet dont les signes sont encore trop peu accusés pour nous permettre d'affirmer un tabès au début ; nous nous proposons d'ailleurs d'étudier plus tard dans un travail d'ensemble ces trois cas lorsque les deux derniers se seront confirmés.

En outre, nous pratiquâmes à cette occasion des essais d'inhibition du hoquet par la compression du phrénique (méthode employée en même temps par M. Leloir dans des cas de hoquet hystérique). Les résultats furent merveilleux, l'arrêt du hoquet fut immédiat, et il ne se reproduisit qu'à plusieurs jours d'intervalle. Voici la méthode que nous employons : « Le malade est étendu sur son lit, la tête bien appuyée sur un coussin. L'opérateur place, avec précaution, le pouce de chaque main (les autres doigts s'enroulant autour de la nuque) à quelques centimètres au-dessus de la clavicule en dehors de la carotide primitive sur le muscle scalène antérieur, contre lequel le phrénique est directement appliqué. C'est en cet endroit qu'une compression de trente secondes environ nous a donné les meilleurs résultats.

Depuis, de nombreux essais sur l'inhibition du hoquet vulgaire nous ont fourni constamment de bons résultats.

Nous résumons brièvement les points intéressants de notre travail.

1° Relation d'un cas de crise de hoquet extrêmement rare, puisque sa durée dépasse dix ans ; or, l'observation la plus remarquable à ce point de vue, celle de Pierquin, rapporte un fait dont la durée n'excède pas quatre années.

2° Description d'un signe nouveau de l'ataxie locomotrice, signe qui demande évidemment à être confirmé par d'autres observations, mais qui doit être pris en considération, puisqu'il se rencontre dans la période pré-ataxique du tabès et peut permettre un diagnostic précoce.

3° Confirmation de la méthode employée aussi par M. Leloir, qui permet l'inhibition du hoquet chez les tabétiques et dans d'autres affections par la compression du phrénique.

II. — Un cas de cancer primitif de la vésicule biliaire.

Avec M. Morel, *Gazette médico-chirurgicale de Toulouse.*

La vésicule biliaire remplie de calculs était entourée par une énorme masse cancéreuse, descendant jusqu'à deux travers de doigt environ de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Pendant la vie de la malade, la forme du foie, limitée par la percussion et la palpation, rappelait complètement la forme qu'affecte cet organe dans le cancer massif.

Deux signes permettent pourtant, nous pensons, de différencier ces cancers de la vésicule biliaire avec péritonite cancéreuse du voisinage du cancer primitif du foie :

1° *La douleur.* — En effet, pour que le cancer de la vésicule biliaire puisse simuler le cancer massif du foie, il faut qu'il se développe autour de la vésicule une énorme masse néoplasique; le péritoine est toujours atteint et toujours cette péritonite cancéreuse donne lieu, tout au moins à la pression, à une douleur extrêmement vive, douleur qui fait défaut dans le cancer massif.

2° *L'ictère.* — L'ictère est très rare dans le cancer primitif du foie; on l'observe, au contraire, presque constamment dans le cancer de la vésicule biliaire.

III. — Un cas de syphilis médullaire précoce. — Guérison.

Gazette médico-chirurgicale de Toulouse, 1894.

En 1875, Mauriac, le premier, applique le mot *précoce*, aux myélopathies primitives d'origine syphilitique. Depuis, M. Lion et Gilbert en ont rapporté quatre observations.

M. Moinet, dans sa thèse inaugurale, a pu réunir 58 cas d'accidents précoces.

Nous avons observé un malade âgé de 41 ans, qui con-

tracta la syphilis et négligea de se soigner. Cinquante jours après l'apparition du chancre, il fut frappé d'hémi-parésie du côté droit, marquée surtout au bras et à l'épaule, et accompagnée d'anesthésie du côté opposé (il présentait en somme le syndrôme de Brown-Séquard). On remarquait au niveau de la sixième vertèbre cervicale, un point douloureux à la pression. Nous conclumes à des accidents médullaires précoces dus à trois facteurs que nous retrouvions chez notre malade, à savoir : antécédents d'alcoolisme, défaut absolu do traitement, enfin, âge assez avancé pour l'éclosion de la syphilis.

Le traitement mercuriel intensif ne tarda pas à faire disparaître ces accidents, dus très probablement à de la congestion des enveloppes de la moelle au niveau du renflement cervical. D'après Mauriac, cette congestion peut s'accompagner de néoformations vasculaires engendrant des troubles nutritifs dans les éléments de l'axe nerveux qui dégénèrent et causent alors des lésions irréparables.

IV. — Le rein des tuberculeux (Anatomie pathologique).

Thèse de Doctorat, 1893.

On a décrit deux variétés de lésions rénales au cours de la tuberculose, bien distinctes l'une de l'autre et dues à deux processus inflammatoires différents.

D'un côté, la migration du bacille de Koch dans le rein, sa pullulation en ce point, qui peut déterminer la formation de simples granulations miliaires, on peut aboutir à l'infiltration tuberculeuse d'une grande partie de l'organe.

D'un autre côté, le bacille peut rester cantonné en un point restreint de l'économie, et cependant déterminer des lésions à distance, par les toxines qu'il sécrète.

Dans notre travail, nous avons étudié rapidement le premier point ; nous avons recherché d'abord les moyens de

pénétration du bacille dans le rein; la contamination par les rapports sexuels nous paraît difficile à admettre et nous reconnaissons surtout comme moyen de pénétration du bacille, la voie sanguine ou la propagation ascendante d'une tuberculose urétérale ou vésicale.

Nous décrivons : 1° la forme de Durand-Fardel, ou l'infection bacillaire sans granulations; 2° la granulation miliaire; 3° la tuberculose infiltrée du rein.

Dans la deuxième partie de notre travail, nous étudions les toxines tuberculeuses, la tuberculine, qui en représente le type à peu près complet — et nous décrivons en détail la néphrite des tuberculeux.

Rayer, Lancereaux, Lécorché, Bamberger ont déjà étudié cette question. M. Le Noir la résume et la complète; il insiste sur la fréquence de l'albuminurie chez les phtisiques. M. Coffin, en 1890, a décrit la néphrite des tuberculeux, néanmoins les idées de cet auteur qui attribue « la néphrite infectieuse à la présence au niveau du rein, du bacille de Koch », nous paraissent ne s'appliquer qu'à un nombre de cas très restreint; aussi reprenons-nous cette étude en nous aidant des données de l'expérimentation.

Chez des sujets ayant présenté une albuminurie légère, nous retrouvons au microscope des lésions minimes de l'épithélium des tubes contournés, mais nous rencontrons *toujours* une infiltration graisseuse de l'épithélium des tubes *collecteurs*. Ce fait doit être rapproché des lésions identiques rencontrées par M. Morel dans la diphtérie et le tétanos.

Dans les cas où l'albuminurie a été très intense, nous voyons à côté de cette infiltration graisseuse des tubes collecteurs, des lésions plus avancées de l'épithélium des tubes contournés qui peuvent être profondément abrasés et également stéatosés.

Jamais nous n'avons rencontré dans nos nombreuses préparations, de bacilles de la tuberculose.

Chez des animaux, nous avons pu déterminer par l'inoculation de toxines tuberculeuses, des lésions identiques.

Nous consacrons enfin un chapitre à l'étude de la dégénérescence amyloïde du rein, occasionnée le plus souvent par les produits de sécrétion de microbes surajoutés constituant les infections secondaires.

Il résulte de notre étude :

1° Que, si la tuberculose infiltrée du rein est assez rare, la néphrite est au contraire d'une grande fréquence;

2° Que cette néphrite est due à l'action des toxines tuberculeuses;

3° Qu'elle se caractérise essentiellement par une abrasion de l'épithélium des tubes contournés, et par une infiltration *graisseuse* des cellules des tubes *collecteurs*.

V. — Deux cas de souffles extra-cardiaques dans l'ictère. Des souffles extra-cardiaques dans l'ictère.

(Société de médecine de Toulouse, 1893).

Nous avons observé deux cas d'*ictère benin*, accompagnés de souffles extra-cardiaques, et à ce propos il nous a paru intéressant de discuter la pathogénie des souffles que l'on peut percevoir dans l'ictère, et de montrer comment il faut faire une certaine part aux souffles d'origine pulmonaire.

Nous avons pratiqué des expériences dans le but d'indiquer les modifications que produisait l'état de contraction rapide du cœur, ou bien le ralentissement des battements sur les souffles extra-cardiaques.

Si, d'après M. Potain, la rapidité des contractions cardiaques peut, dans certains cas, augmenter l'intensité des souffles extra-cardiaques, dans bien des cas on observe néanmoins une confusion telle des bruits normaux du cœur et du bruit de souffle, qu'il est impossible de bien spécifier la nature de ce dernier et de le localiser avec précision. Le ralentissement des contractions cardiaques est au contraire très favorable à la perception nette des bruits surajoutés. Cette condition se

trouve parfaitement réalisée dans l'ictère, et dès lors un souffle de minime importance à l'état ordinaire pourra, pendant la période ictérique, prendre une plus grande netteté et en imposer pour un souffle d'origine intra-cardiaque.

Dans deux observations, nous avons constaté des souffles extra-cardiaques, nettement meso-systoliques, ne se propageant pas, et présentant leur maximum au niveau du troisième espace intercostal gauche. Nous avons pu constater la diminution d'intensité de ces souffles avec la disparition de l'ictère. En outre, nous avons constaté leur persistance plusieurs mois après la guérison absolue de cette affection.

Il nous paraît dès lors naturel d'admettre qu'à côté des souffles attribués par M. Gangolfe à une insuffisance mitrale fonctionnelle due à la parésie des muscles papillaires, intoxiqués par les poisons biliaires déversés dans le sang (théorie d'ailleurs moins admise aujourd'hui) et des souffles causés, d'après M. Potain, par une insuffisance tricuspidienne, il convient de placer les souffles d'origine pulmonaire, devenus plus perceptibles grâce au ralentissement des battements du cœur.

VI. — Un cas d'otorrhagie (essentielle) au cours de la fièvre typhoïde.

(Société de médecine de Toulouse, 1894).

Nous avons observé un cas de fièvre typhoïde à forme hémorrhagique, dans lequel, vers le septième jour de la maladie, nous vîmes survenir une otorrhagie double, sans rupture du tympan ni suppuration de la caisse. Elle consistait essentiellement en une suffusion sanguine émanant des vaisseaux de la face externe du tympan. Cette hémorrhagie de l'oreille dura huit jours ; la coloration rouge rubis du sang épanché, l'absence de perforation du tympan et d'écoulement de pus,

nous permet de décrire une variété d'hémorrhagie jusqu'à présent inconnue dans cette affection.

Nous l'avons rapprochée de certaines otorrhagies que l'on rencontre dans la grippe ; celles-ci sont dues à des ecchymoses tympaniques, ou bien, pour M. Luc, constituent des hémorrhagies *névropathiques*, ne s'accompagnant pas de perforation du tympan.

Si nous considérons les douleurs extrêmes éprouvées par la malade, la céphalalgie intense que nous avons observée, nous admettrons volontiers l'hypothèse d'une origine névropathique, d'une névralgie par exemple, d'un filet tympanique du glosso-pharyngien (due probablement aux toxines microbiennes) qui aurait déterminé la dilatation des vaisseaux et la suffusion sanguine.

VII. — Un cas de cirrhose pigmentaire.

En collaboration avec M. le Professeur Mossé. *(Congrès de Lyon, 1894).*

Au moment où la pathogénie du diabète tend à subir des interprétations nouvelles, il importe de bien connaître les maladies qui peuvent venir se greffer sur cette affection.

Au premier rang de celles-ci, on a décrit la cirrhose pigmentaire, qui vient d'acquérir, grâce aux travaux de Hanot Chauffard, Letulle et Brault, une réelle importance.

Voici en résumé le cas que nous avons observé.

Au cours d'un diabète pancréatique à marche rapide, on put voir le malade, un homme âgé de 40 ans, changer rapidement de teint et présenter en peu de jours une coloration bronzée de la peau, lui donnant l'aspect d'un mulâtre.

A l'autopsie, le foie est volumineux, pèse 1800 grammes et présente une teinte d'un rouge brique.

Le parenchyme sclérosé crie sous le rasoir, et sur la surface de section il est facile de remarquer de grands tractus conjonctifs qui silonnent l'organe en tous sens. On aperçoit,

en outre, des blocs d'un aspect vitreux, formés par une substance transparente, gélatineuse, qui, sous l'action de la gomme iodée, donnera sur nos coupes la réaction de l'infiltration glycogénique.

Au microscope, on voit les travées scléreuses signalées enserrer les lobules, les fragmenter parfois, revêtant l'allure d'une cirrhose bi-veineuse ; les parois de la veine-porte et de la veine sus-hépatique sont très épaissies; il est de même des ramuscules de l'artère hépatique.

Sur toute l'étendue de la coupe, on aperçoit une infiltration des cellules hépatiques par de la substance pigmentaire. Celle-ci représente même en certains points le moule de la cellule hépatique, transformée dans sa totalité en un bloc pigmentaire d'un jaune ambré.

Çà et là, on remarque de grands territoires, non colorés par le carmin boraté, qui correspondent aux blocs vitreux décrits à l'aspect macroscopique. En ces points, les cellules hépatiques sont volumineuses, tuméfiées, d'une transparence remarquable. On se croirait en face d'un épithélium pavimenteux. Les coupes osmiées, ne révèlent pas de transformation graisseuse, mais les cellules ainsi tuméfiées rappellent la lésion décrite par Armanni et Ehrlich dans le REIN des diabétiques ; en effet, la gomme iodée leur donne la coloration acajou caractéristique de l'infiltration par le glycogène.

Le rein, à côté de lésions épithéliales, nous montre des grains mélaniques autour des glomérules.

Les capsules surrénales sont infiltrées de pigment, la rate en renferme une faible quantité ; enfin, le pancréas est totalement détruit par l'infiltration pigmentaire.

Peau. — Les lésions cutanées n'ont jamais été décrites dans la cirrhose pigmentaire, aussi les avons-nous étudiées avec soin.

Dans le derme, on aperçoit de multiples embolies de matière pigmentaire. Ces embolies apparaissent dans les fins ramuscules artériels sous la forme de petits grains jaunâtres,

non coaptés entre eux, et n'interceptant pas la lumière du vaisseau. Dans l'épiderme, à la face profonde, les cellules de la première assise (cellules cylindriques) sont infiltrées par des granulations pigmentaires. Celles-ci ne remontent pas plus haut dans les strates cellulaires, elles siègent uniquement en ce point. En somme, les lésions cutanées sont identiques à celles que l'on rencontre dans la maladie d'Addison.

En résumé, notre observation présente deux points particuliers :

1° La description des lésions cutanées ;

2° La relation de l'infiltration glycogénique, rencontrée jusqu'à présent dans le rein, mais non dans le foie, au cours de la cirrhose pigmentaire.

VIII. — Cancer primitif de la vésicule biliaire

En collaboration avec M. le Dr Bauby *(Société de médecine de Toulouse, 1896).*

On sait, que souvent le cancer de la vésicule biliaire se manifeste par de la douleur et de l'ictère. Dans notre cas, la douleur fut nulle ou insignifiante, et l'ictère n'apparut que dans les derniers jours de la maladie.

Ceci prouve qu'il n'y a pas de symptômes vraiment caractéristiques de cette affection, et que la confusion de ce genre de tumeurs avec le cancer massif du foie, fréquemment commise par les cliniciens est difficile à éviter.

IX. — Contribution à l'étude de l'érysipèle blanc

(Société de médecine de Toulouse, 1896).

Chez les débilités, les cachectiques, les enfants scrofuleux, on peut voir l'érysipèle prendre une forme particulière, s'accompagner d'une réaction peu vive de l'organisme, et ne constituer en somme qu'une sorte d'œdème de la peau. La

rougeur, ce caractère si important de l'érysipèle *vrai* fait défaut.

On ne connaît guère d'observations accompagnées d'examen bactériologique, seule preuve capable d'emporter la conviction ; l'observation d'Achalme est la seule que nous ayons pu trouver. Dans notre cas, la recherche du streptocoque faite avec toutes les précautions voulues, a donné un résultat positif.

Il serait bon dans les cas analogues, de pratiquer l'exameu bactériologique, seul moyen, nous le répétons, de prouver que l'on est bien en présence d'une manifestation attribuable au streptocoque et l'on arriverait ainsi à bien mettre en lumière, cette forme nouvelle et bizarre d'érysipèle.

X. Conséquences éloignées des traumatismes de l'intestin.

(*Société de médecine de Toulouse 1895*).

Il s'agit d'un enfant de 10 ans qui reçut un coup violent sur l'abdomen. La douleur fut tellement vive qu'une syncope se produisit. Néanmoins l'enfant se remit rapidement et paraissait être en parfaite santé, lorsque brusquement il fut pris de fièvre, d'abattement et de symptômes péritonéaux, et l'on put assister à la formation d'un vaste abcès situé dans le flanc gauche.

Au moment ou l'on se préparait à pratiquer la laparotomie, la collection purulente s'évacua spontanément par l'intestin.

Cette observation montre bien que les contusions de l'intestin avec attrition des tuniques sont fort dangereuses, en effet, les germes qui à l'état normal sont inoffensifs grâce à la barrière formée par la muqueuse intestinale, deviennent nuisibles lorsque celle-ci est lésée ; dans ce cas ils la traversent aisément et vont pulluler au dehors.

XI. — Sur la possibilité d'une intoxication lente après ingestion dusous-nitrate de bismuth dans certains états pathologiques de l'estomac.

Avec M. le Dr Gérard, Agrégé de la Faculté. (*Société de Biologie*, avril 1897).

Un lapin reçoit tous les jours par la voie stomacale, à l'aide d'une sonde, 1 gramme de sous-nitrate de bismuth *calcaire*, en suspension dans 30 centimètres cubes d'une solution aqueuse d'acide lactique à 2 °/₀₀. Ce traitement continué pendant dix jours ne produit aucun phénomène morbide.

A ce moment, on substitue au sous-nitrate de bismuth calcaire (renfermant du carbonate de chaux) du sous-nitrate de bismuth *pur*, mis en solution dans la même solution que précédemment c'est-à-dire dans une solution aqueuse d'acide lactique à 2 °/₀₀.

Après vingt jours de ce traitement, l'animal présente des signes de cachexie et de l'albuminurie.

A l'autopsie, on trouve des lésions du foie et du rein, ce dernier présente les altérations propres à la néphrite épithéliale pure.

Dans certains états pathologiques caractérisés par des fermentations anormales et une production exagérée d'acide lactique, le sous-nitrate de bismuth, au lieu d'être précipité par le chlorure de sodium de la sécrétion gastrique sous forme d'oxychlorure de sodium, *reste* en dissolution et peut dès lors devenir toxique.

Si cet accident ne se produit pas plus souvent, c'est parce que le sous-nitrate de bismuth du commerce n'est pas pur, et renferme du carbonate de chaux, ce dernier s'empare d'une grande partie de l'acide lactique et le sature. Ce fait nous permet d'expliquer le cas d'Al. Mathieu, dans lequel un malade put absorber des quantités énormes de bismuth sans éprouver le moindre accident.

XII. — Rétrécissement mitral pur (avec autopsie).

In Thèse, Dr Pla.

XIII. — Du traitement de la variole par la méthode de Du Castel.

6 observations, in Thèse, Dr Ortel.

Nous avons pu constater au cours d'une petite épidémie de variole qui a sévi en 1896, à Toulouse, les effets merveilleux de cette médication, et notamment l'avortement d'un très grand nombre de pustules.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

XIV. — Un cas de fibro-myome para-rénal sous-péritonéal.

En collaboration avec le Dr Bauby. (*Midi médical, 1893*).

Ce travail relate, au point de vue clinique et histologique, un cas de tumeur placée dans le voisinage du rein. Celle-ci, de volume considérable, coiffait l'organe et lui était adhérente ; l'examen microscopique nous montra des paquets de fibres musculaires lisses, englobés dans de vastes traînées fibreuses. Ce fibro-myome paraît dû à l'hyperplasie du tissu conjonctif mêlé de fibres lisses, que l'on rencontre au voisinage du rein.

XV. — Mémoire sur l'étiologie du cancer et son origine parasitaire.

(Prix Gaussail. — *Société de médecine de Toulouse*).

Ce travail (100 pages environ) non encore publié, nous a permis d'étudier la pathogénie du cancer et de résumer les notions acquises jusqu'à nos jours sur ce point.

Après la relation des expériences d'inoculation négatives le plus souvent, nous partageons les idées professées au Congrès de Rome et nous pensons que l'origine microbienne ou parasitaire est loin d'être demontrée clairement.

XVI. — Un cas de gland supplémentaire.

(*Archives provinciales de chirurgie, 1894*).

Il s'agit d'un *gland nain* situé à la partie supérieure de l'organe normal et présentant avec lui une ressemblance

parfaite. Il mesure 10 millimètres de longueur sur 7 de largeur et 6 de hauteur, sa forme rappelle celle d'un cœur de carte à jouer, la pointe étant dirigée vers l'extrémité du gland, la base reposant sur la couronne de l'organe ; il est muni d'un frein, et d'un méat oblitéré.

Ce gland surajouté uous paraît dû à une prolifération anormale de deux bourgeons supplémentaires émanant des corps caverneux ; par sa forme bilobée, il vient corroborer la théorie actuelle de Tourneux et Rettérer, et prouver que le gland n'est pas formé par l'épanouissement régulier et unilobé du corps spongieux, mais bien par la réuniou de deux bourgeons différents, simples prolongements des corps caverneux.

XVII. — Fracture ancienne du crâne avec pseudoporencéphalie.

(Société de médecine de Toulouse, 1896).

Un homme, âgé de 40 ans, est porté à l'hôpital dans le coma, il présente sur le pariétal gauche un orifice de 3 centimètres de diamètre par lequel M. le professeur Jeannel pénètre librement dans la cavité cranienne. Il existe en ce point une vaste perte de substance, qui ne renferme ni liquide céphalo-rachidien, ni sang, ni pus. Quelques jours après le malade va mieux, il se lève, et présente simplement de la parésie du côté droit, il parle, mange et semble marcher vers la guérison absolue lorsqu'il meurt brusquemeut.

Autopsie. — *Calotte cranienne.* Orifice en demi-lune produite, selon toute probabilité, par un instrument contondant ou tranchant (Pioche de travail), les bords sont nets et réguliers.

Cerveau. Plus du tiers de l'hémisphère gauche est détruit, remplacé par une vaste cavité limitée par une membrane de revêtement, que nous reconnaissons être une paroi d'abcès.

Cette cavité simule ces vastes pertes de substance que

l'on rencontre dans la parencéphalie, mais qui sont comme on le sait congénitales. Le point intéressant du cas actuel, réside dans la constatation des symptômes minimes observés, et du degré parfois étonnant de tolérance du cerveau.

XVIII. — Note sur un cas de déciduome malin.

Annexée au mémoire du Professeur JEANNEL. (*Congrès de Lyon, 1894*).

La question du déciduome malin vient d'acquérir en peu de temps une grande importance, et intéresse vivement les chirurgiens. Il s'agit de tumeurs développées le plus souvent aux dépens de débris de placenta, demeurés dans l'utérus après un accouchement prématuré. Elles sont formées de masses sanguines, de zoues hémorrhagiques, au sein desquelles on remarque des traînées de cellules d'un volume considerahle, reproduisant le type exact de la cellule placentaire.

On ne connaît à l'heure actuelle qu'une vingtaine de cas de ce genre de tumeurs, groupés dans le travail de M. Jeannel.

Sur nos dessins histologiques, on aperçoit les cellules néoformées, cheminant au sein du muscle utérin qu'elles dilacèrent en tous sens, faisant craindre la perforation complète de la coque utérine et n'épargnant pas les tuniques vasculaire dont la destruction amène la formation de zones hémorrhagiques interstitielles ; ces cellules de dimension comparahle à celle d'une cellule géante ou d'un myéloplaxe, munies d'un noyau de forme irrégulière, forment des îlots semés çà et là au milieu des zones hémorrhagiques, ou entre les fibres de l'utérus.

Cette variété de tumeur est dangereuse à plusieurs points de vue. En effet, non seulement le déciduome expose les malades à une hémorrhagie foudroyante, à la perforation de l'utérus, mais encore il peut se généraliser, coloniser dans tous les organes, et jouer ainsi le rôle de tumeurs essentiellement malignes.

XIX. — Lésions anatomiques dans un cas d'acromégalie.

En collaboration avec M. le Professeur Mossé.
(Société anatomique, 1895).

Dans un cas classique d'acromégalie, nous avons rencontré à l'autopsie quelques particularités intéressantes.

Dans la fosse pituitaire considérablement agrandie, on apercevait une tumeur sarcomateuse du volume d'une mandarine.

Le corps thyroïde est augmenté de volume, ainsi que le larynx.

Mais le point le plus intéressant de cette observation est le suivant : Sur la face antérieure de la trachée, on aperçoit un corps bilobé de forme pyramidale, d'une coloration blanchâtre, analogue à celle des glandes salivaires, chaque lobe mesure 12 centimètres de longueur sur 4 de largeur à la base, il s'agit d'un thymus persistant ou en réviviscence.

Les faits de ce genre, surtout quand on considère que le thymus est énorme, sont très rares. On peut y voir la démonstration de ces suppléances fonctionnelles qui unissent entre elles deux des glandes closes, mal connues encore aujourd'hui, le corps pituitaire et le thymus. La première étant détruite par la tumeur, l'autre a proliféré.

XX. — Cancer primitif de l'appendice.

Avec M. le Professeur Mossé. (*Société Anatomique*, novembre 1897).

Les tumeurs secondaires de l'appendice sont peu fréquentes, quant à celles qui se développent primitivement dans ce diverticule intestinal, elles sont d'une extrême rareté. A l'heure actuelle, à notre connaissance du moins, il n'en existe guère qu'une douzaine de cas.

Ces tumeurs, pour M. Letulle, se développeraient sur des appendices enflammés chroniquement et oblitérés.

Dans notre cas il est difficile de se prononcer, car nous n'avons pu recueillir de renseignements cliniques, en outre, la cavité appendiculaire quoique très restreinte est conservée sous la forme d'un fin pertuis situé au milieu de la tumeur. Est-ce la lumière vraie? c'est ce qu'il nous est difficile de dire puisque la muqueuse bouleversée par la néoplasie, est devenue méconnaissable.

XXI. — De l'hypertrophie du cornet inférieur.

In Thèse, Dr Crouzillac.

L'étude a porté sur les dégénérescences myxomateuses et fibro-myxomateuses de cette partie des fosses nasales qui, si l'on considère ses origines embryologiques et sa richesse en follicules clos, mérite d'être individualisée et regardée comme une sorte d'amygdale nasale (Crouzillac et Lacoarret).

XXII. — Note sur un cas de diphtérie oculaire vraie.

Publié par M. le Dr Terson dans le *Midi médical*, 1893.

Il s'agit d'un cas de conjonctivite à fausse membrane, dont nous pratiquâmes l'examen sur lamelles et par des cultures sur sérum. Elle était due à la pullulation du bacille de Klebs-Lœffler. Cette observation vient s'ajouter à celles qu'ont publiées récemment MM. Sourdille et Albert Terson.

XXIII. — Note sur un cas d'ossification de la choroïde.

Publié par M. le Dr Terson dans le *Midi médical*, 1893.

Dans un globe oculaire atrophié nous rencontrons un corps dur et résistant, siégeant dans le segment postérieur de l'œil, à un centimètre environ du point d'épanouissement du nerf optique. Au microscope, ce bloc néoformé nous montra une

gangue constituée par des lamelles osseuses (décalcifiées, au préalable) sur lesquelles on remarquait des corpuscules osseux caractéristiques. Cette néoformation ossense était développée aux dépens de la choroïde.

XXIV. — Note sur un cas d'hyperthrophie de la sous-muqueuse du larynx.

Publiée par M. le Professeur Jeannel (*Midi médical, 1893*).

Il s'agit d'une laryngite hypertrophique, ayant nécessité la laryngectomie, qui fut d'ailleurs bien supportée par le malade.

La lumière de l'organe était considérablement rétrécie par une néoformation conjonctive, véritable pachydermie de la sous-muqueuse, et constituée par du tissu conjonctif adulte, non susceptible par conséquent de regression.

XXV. — Note sur une néphrite aiguë au cours d'un eczéma.

Publiée par M. le Dr Bézy. (*Revue des maladies de l'enfance*).

Au cours d'un eczéma peu étendu, traité par l'application de la bande de caoutchouc, un jeune enfant âgé de 4 ans fut pris brusquement de phénomènes cérébraux, d'anurie absolue, et mourut en deux jours dans le coma.

A l'aspect microscopique, le rein présentait un volume considérable et une congestion intense. Au microscope on retrouvait tous les caractères de la néphrite suraiguë.

XXVI. — Note sur une tumeur du cerveau.

Publiée par M. le Dr Bauby. (*Archives provinciales de chirurgie, 1894*).

Il s'agit d'un énorme sarcome développé sur les circonvo-

lutions temporales et qui par compression avait déterminé des phénomènes d'excitation motrice.

Au microscope, la structure de la tumeur composée uniquement de cellules fusiformes, nous permit de rattacher son origine à une prolifération de la dure-mère.

XXVII. — Note sur un sarcome du cerveau.

Publiée par M. le Dr Aldibert. (*Gazette hebdomadaire, 1894*).

Comme dans le cas précédent, il s'agit d'un sarcome fuso-cellulaire développé dans la zone pré-rolandique.

XXVIII. — Séro-réaction du placenta et de l'enfant d'une femme atteinte de fièvre typh[oïde] pendant la gestation.

En collaboration avec Monsieur Professeur Mosse.

(Société de Biologie 1897.)